

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-522204

ANPL

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9414			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAM	
Nom & Prénom : GUEDIRA AATAA			
Date de naissance : 26/12/72 26 FEI			
Adresse : 13 RUE SIDI LARBI BEN SAYEH 50100 CASABLANCA			
Tél. : 0661140870	Total des frais engagés : 6082140 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. Driss BEN MOUSSA</b> <i>Professeur</i> <i>Traumato - Orthopédie</i> <i>Chirurgie de la Main - Membre Supérieur</i> <i> Nerfs Périphériques</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/11 119			
Nom et prénom du malade : AATAA GUEDIRA Age: 47 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hernie discale cervicale Maladie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2019

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/11/19	C.e	1	440,- D.H.	INP : 019119369561 Dr. DITISS BENNOUAF Professeur Traumatolo - Orthopédie Chirurgie de la Main - Membre Supérieur Méfis Péphériques

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL DIA BOUTIQUES DE PHARMACIE Boutique Bausch &amp; Lomb Sablance</i>	26/11/19	738,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>13/01/2020</i>	30/11/19 AM + IR	1 Tyletto X	—	50,-	Pu: 150,00	
	28.11.19	8 Syjetto X	—	100,-	Total: 4500,00	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 35533411 11433553
	Coefficient des travaux
	Montants des soins
	Date du devis
	Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 169DH00  
PER: 10/22  
LOT: I2105-2

PPV: 87DH40  
PER: 04/22  
LOT: I1089



Casablanca, le

26/11/19

GUEDIRA AATAA

87.60

1) Dolicox 120 mg A's  
2 g/ pd 77 paracan

16.00 Dolicox 90 mg A's

88.80 2 g/ pd 147  
2) codoliprane 22.20X6

15.20 2 g le matin  
2 g le soir

3) Vitanearyl forte 28.80X6

160.00 2 g x 2 / j pd 2 mois

4) Esac 60 mg

144.40 2 gol / j pd 21-  
coltramyl 55.20X2

732.40 2 g/ pd 10j

PPV: 22DH20  
PER: 06/21  
LOT: I1425

PPV: 22DH20  
PER: 06/21  
LOT: I1518

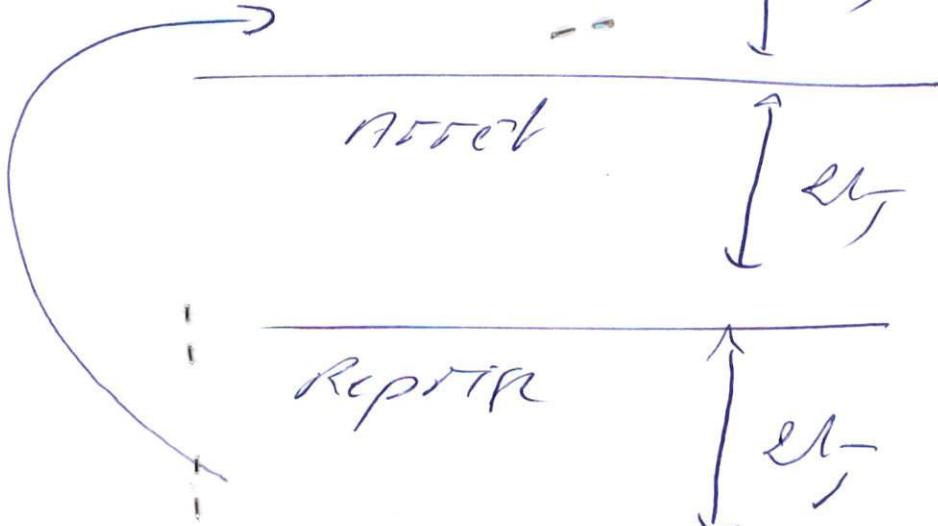
PPV: 22DH20  
PER: 10/21  
LOT: I2329

PPV: 22DH20  
PER: 06/21  
LOT: I1425

PHARMACIE EL  
PPV  
LOT 28,80  
PER  
IPV  
LOT 28,80  
PER  
IPV  
LOT 28,80  
PER

Pr. Driss  
Chirurgie Professeur  
Traumatologie - Main et  
Wrist - Peripheriques

28,80



Report

Reporter

el-

el-

el-

**4 mg!**

LOT 0043  
PER 06 21  
PPV 55.70 DH

LOT 0045  
PER 07 22  
PPV 55.70 DH

06 00 00 10 52

LOT 19004  
PER 04/21  
PPV 160DH60

160,60

Bon de Consultation

Nº 25569

Date : 26/11/2019Nom : M<sup>me</sup> GUEDRA AATAAMédecin traitant : D<sup>r</sup> BENNANNA

- Consultation : 400,00

- Imagerie : .....

- Laboratoire : 74 50,00

- Autres : .....

- Total : 500,00

- Clinique : 50,00

- Honoraires : .....

- Radiologie : .....

- Laboratoire : .....

## Boutayna TALLACHE

Kinésithérapeute  
Physiothérapeute  
D.E.S.K.C

CENTRE DE KINESITHERAPIE  
CALIFORNIE  
Boutayna TALLACHE  
Kinésithérapeute Physiothérapeute  
32, Rue N°6 Lot SIHAM - Casablanca  
Tél.: 022.87.97.27 - CASABLANCA

13/10/2020

Facture N° : 26/2020

Nom : GUEDIRA AATAA

Type séance :

Rééducation fonctionnelle

Sous prescription du Dr :

DRISS BENNOURA

Nombre séances :

30 séances

Du :

Au :

PU :

150,00 dhs

Montant :

4500,00 dhs

Facture arrêtée à la somme de :

quatre mille cinq cent dhs

TCE: 0018273880000009

CENTRE DE KINESITHERAPIE  
CALIFORNIE  
Boutayna TALLACHE  
Kinésithérapeute Physiothérapeute  
32, Rue N°6 Lot SIHAM - Casablanca  
Tél.: 022.87.97.27 - CASABLANCA

# مصححة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Pr. Driss BENNOUNA  
Professeur

Traumato - Orthopédie  
Chirurgie Main et Membre Sup.  
Nerfs - Peripheriques

Casablanca, le

26/11/19

ATAZ

Et de la bourse cervico-thoraco-  
brachiale gauche sur mega apophyse  
Transverse + rectitude du rachis  
cervical, nécessitant des séances  
de rééducation du rachis cervical  
pour le renforcement de :

- Les muscles postero-sup thorax  
( Trapeze - Rhomboïdes, angulaire de la scapula, le sterno-cléido-mastoidien et les scalenus )
  - Étirements contrariés - des cou
  - physiothérapie: Electrostimulation  
Laser + ~~ondes~~ ultrasons)
  - Education de la respiration :  
inspiration et expiration profondes
- Duree = 30 séances

Pr. DRIS BENNOUNA  
Professeur

Traumato - Orthopédie  
Chirurgie Main et Membre Sup.  
Nerfs - Peripheriques

# مصححة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le .....

26 / 11 / 99

GUEDERI AAFAA

Minerac avec band  
mousse à appliquer pendant  
P 25 jours = jour et nuit

Pr. Driss BENNOUNA  
*Professeur*  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie : Membre Sup  
Nerfs périphériques



**CLINIQUE VILLE VERTE**

EL SAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

Nom patient : **GUEDIRA AATAA**Entrée **28/11/2019**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **28/11/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS</b>				
<b>INJECTION</b>	<b>1,00</b>		<b>50,00</b>	<b>50,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>50,00</b>

	<b>Total</b>	<b>50,00</b>

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town Bouskoura 20180 Casablanca  
Tel: 0522 51 23 23  
Bouskoura - Casablanca  
CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town Bouskoura 20180 Casablanca  
Tel: 0667 57 57 57

**CLINIQUE VILLE VERTE**

EL SAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**N° **7 762 / 2019 du 30/11/2019**

Nom patient	<b>GUEDIRA AATAA</b>	Entrée <b>30/11/2019</b>	Sortie <b>30/11/2019</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION	<b>8,00</b>		<b>50,00</b>	<b>400,00</b>
			Sous-Total	400,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>QUATRE CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>400,00</b>
---	----------------------	---------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>400,00</b>				<b>400,00</b>	<b>0,00</b>

CLINIQUE  
VILLE VERTE  
Bouskoura 20180 Casablanca  
TEL: 0522 51 23 23  
FAX: 0667 57 57 57  
E-mail: cliniquevilleverte@gmail.com